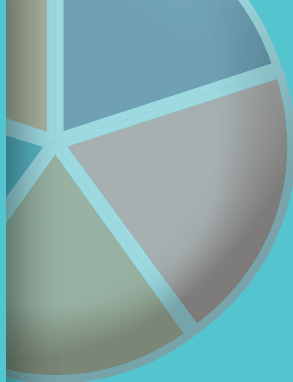


L'enquête de santé par interview est menée environ tous les quatre ans depuis 1997 par l'Institut scientifique de santé publique (ISP), et ce, à la demande des ministres compétents aux différents niveaux de pouvoir. Pour la Fédération Wallonie Bruxelles, la compétence revient au ministre qui a la santé dans ces attributions, et à l'administration, à la Direction générale de la Santé.

L'enquête de 2008 est la quatrième du genre. Elle analyse différents aspects de la santé comme l'état général de la santé, les consommations des soins, les modes de vie, etc. Après nous être intéressé, lors de l'enquête de 2004, aux thématiques des addictions (alcool, tabac, drogue) dans le FG 19, nous nous tournons cette fois vers un aspect qui concerne l'état général de la santé en étudiant « la santé subjective ». Qu'est-ce donc que la santé subjective ? C'est une mesure qui est récoltée en demandant aux individus d'évaluer eux-mêmes leur état de santé sur une échelle comportant cinq niveaux d'appréciation, de 'très bonne' à 'très mauvaise'. Les dimensions physiques, émotionnelles, et sociales sont envisagées. Il est largement reconnu que l'évaluation subjective de la santé est un des meilleurs indicateurs de santé et qu'elle reflète assez bien l'impact des plaintes et des maladies dont souffrent les personnes. L'intérêt de cette thématique est donc évident puisqu'elle permet d'avoir une image assez juste de l'état de santé d'une population donnée. En l'occurrence ici, celui des populations wallonnes et bruxelloises principalement.



Comment va la santé ?

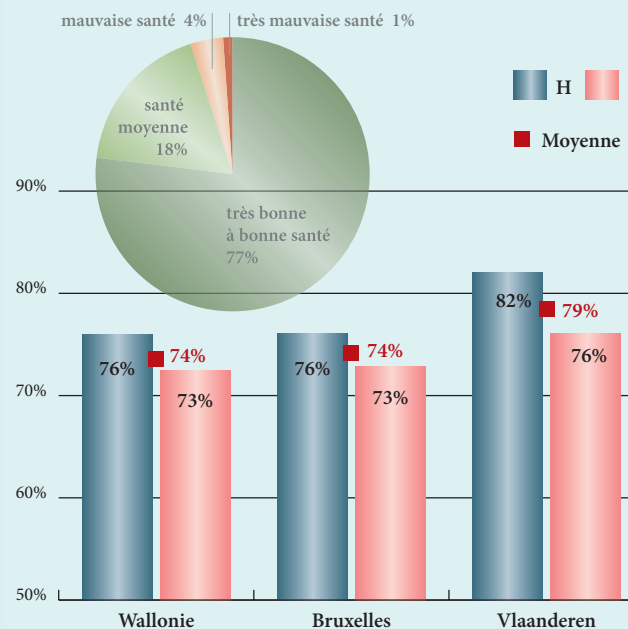
Connaître l'appréciation subjective que les gens ont de leur propre état de santé permet d'avoir une mesure tout à fait fiable de l'état de santé général de la

population concernée. C'est un instrument utile pour la détection de groupes à risques et comme indicateur des besoins en matière de soins de santé, mais aussi des consommations de soins et de médicaments. Les pouvoirs publics concernés peuvent ainsi identifier les priorités et les plans d'actions à mettre en chantier.

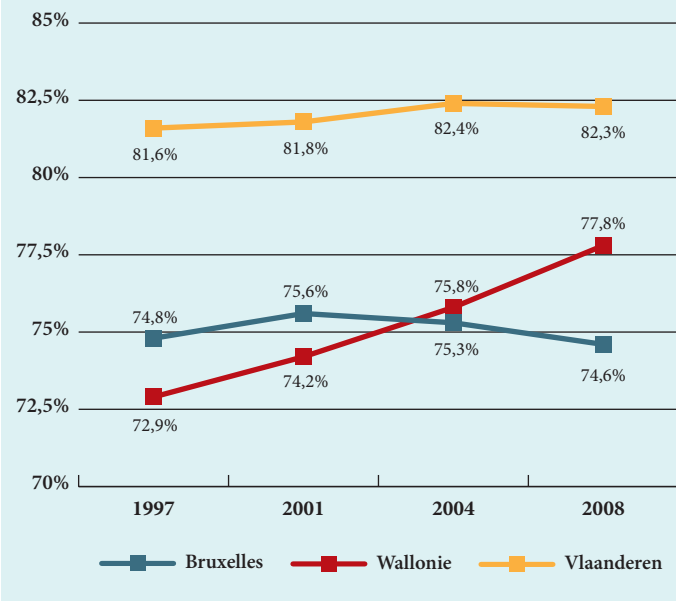
Ce Faits&Gestes se réfère, sauf autre indication, à l'*Enquête de santé par interview* réalisée en 2008 par l'ISP. 77 % des Belges interrogés ont répondu qu'ils s'estimaient en bonne, voire en très bonne santé. 18% jugent leur état de santé comme moyen, 4% comme mauvais et 1% comme très mauvais. Le profil des réponses varie selon les régions. Les Flamands sont les plus satisfaits de leur état de santé (79%) et les Wallons les moins satisfaits (74%). (Voir graph. 1).

Sur base des taux standardisés¹, l'état général de la santé de la population belge est resté stable au moins depuis 1997 et semble même s'être amélioré, bien qu'au cours de cette période, la proportion de personnes âgées ait augmenté dans la population. Ce meilleur état de santé est probablement entièrement

GRAPH. 1 : POURCENTAGE DE LA POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET + AVEC UNE BONNE OU TRÈS BONNE SANTÉ SUBJECTIVE



GRAPH. 2 : EVOLUTION DE LA BONNE SANTÉ PAR RÉGION? 1997 - 2008 (DONNÉES STANDARDISÉES)



imputable à l'état de santé subjective de la Wallonie qui a vu sa situation sensiblement s'améliorer depuis 1997 (de 73% à 78% en pourcentages standardisés). De fortes variations provinciales y apparaissent cependant : si plus de 82% des habitants du Brabant-wallon se disent en bonne santé, ils ne sont plus que 70% des Hennuyers et 71% des Namurois.

UNE QUESTION D'URBANISATION

Vivre en ville a un léger impact sur l'appréciation de sa santé. Les répondants à l'enquête résidant à

Bruxelles et dans les grandes villes wallonnes (Liège et Charleroi) ou flamandes (Gent et Antwerpen) sont un peu plus nombreux à juger leur santé de manière négative que les répondants vivant en zone rurale ou semi-urbaine. La différence est de l'ordre de 5%.

Ainsi, Bruxelles, prise comme grande ville, compte dans sa population 75% de personnes satisfaites de leur santé. Gent et Antwerpen, autres grands centres urbains, en dénombrent 71% et Liège et Charleroi, 74%.

UNE QUESTION D'ÂGE

Bien évidemment, plus on est jeune, plus on se sent en bonne santé. Au-delà de 65 ans, le taux de répondants en bonne santé baisse de façon sensible : ils ne sont plus que 56% à Bruxelles et 50% en Wallonie à avoir une vision positive de leur santé.

Jusqu'à la tranche d'âge des 45-54 ans, les Wallons se disent en meilleure santé que les Bruxellois. Au-delà de 55 ans, la tendance s'inverse et les Bruxellois sont, cette fois, plus nombreux que les Wallons à se trouver en bonne santé.

UNE QUESTION DE GENRE

En moyenne, les femmes se sentent généralement en moins bonne santé que les hommes. Cette dif-

férence hommes/femmes est constante dans toutes les enquêtes de santé par interview en Belgique comme dans d'autres pays européens. Elles sont 27%, aussi bien en Wallonie qu'à Bruxelles à se dire en mauvaise santé contre 24% des hommes.

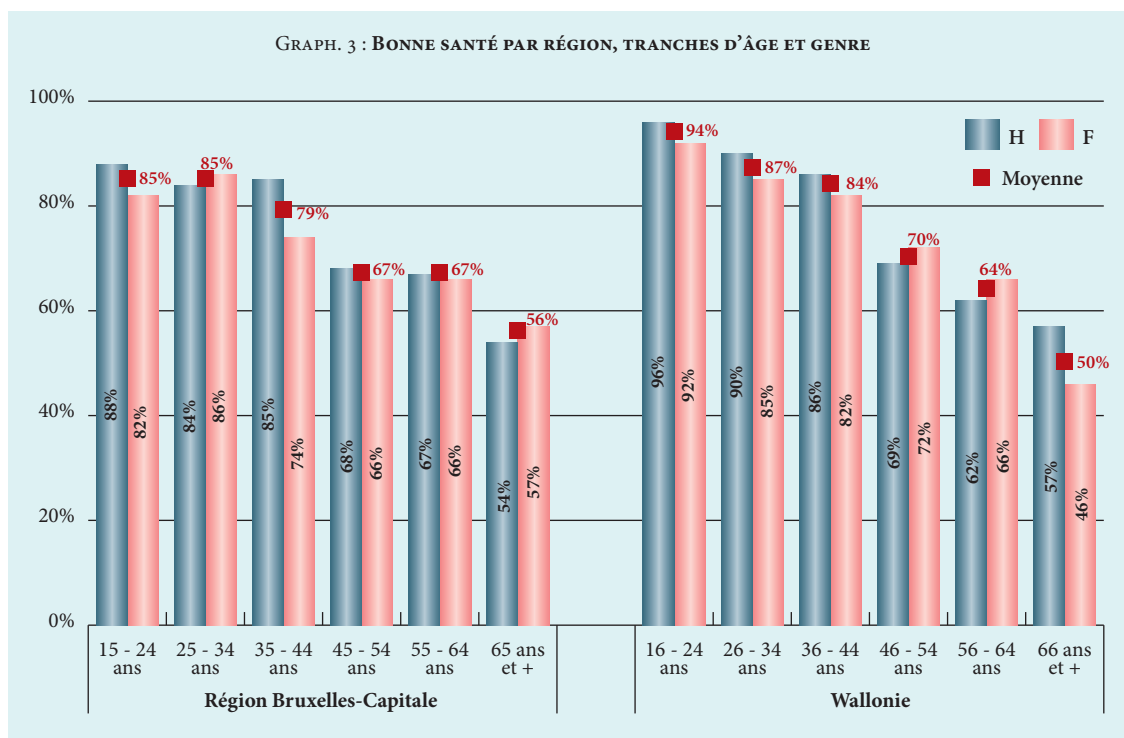
Cependant, l'enquête de 2008 fait apparaître une tendance neuve par rapport aux précédentes éditions. En Wallonie, dans la tranche d'âge des 45-64 ans, les hommes seraient plus nombreux à se dire en mauvaise santé que les femmes. Au-delà de 65 ans, ce seraient à nouveau les femmes à être plus nombreuses dans ce cas. À Bruxelles, à partir de 65 ans et surtout au-delà de 75 ans, les hommes sont également plus nombreux que les femmes à avoir une mauvaise perception de leur santé.

LA SANTÉ SUBJECTIVE COMME INDICATEUR DE SANTÉ : PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

SUBJECTIVITÉ. L'évaluation de la santé subjective proposée dans le cadre de l'Enquête de santé par interview est limitée à l'appréciation que l'individu fait lui-même de son propre état de santé général, sans tenir compte de petits problèmes de santé temporaires. Établi non par des observations de professionnels de la santé, mais par les réponses personnelles des interviewés, cet indicateur de santé est nécessairement subjectif parce que dicté par une réaction émotionnelle. L'appréciation que chacun peut avoir de sa santé est variable. Au-delà du point de vue individuel, on observe également des différences culturelles dans la manière d'appréhender et d'extérioriser les questions de maladies qui peuvent être des facteurs expliquant les différences régionales. Il est donc important

(1) Pour les comparaisons entre années, les taux standardisés sont préférables aux taux bruts parce qu'ils éliminent les variations relatives à la distribution par âge et par sexe entre les deux groupes de population qui font l'objet de la comparaison.

GRAPH. 3 : BONNE SANTÉ PAR RÉGION, TRANCHES D'ÂGE ET GENRE



d'avoir à l'esprit ces nuances lors de l'analyse des résultats de l'enquête, notamment entre la Flandre et la Wallonie.

BIAIS. Un autre facteur est à prendre aussi en considération : le questionnaire de santé subjective est impérativement rempli, par écrit, par la personne concernée. Il ne peut l'être par un accompagnant. Autrement dit, certaines personnes âgées, malades ou institutionnalisées n'ont pas répondu à cette partie de l'enquête. Les résultats pour la santé subjective sont donc sans doute légèrement biaisés

puisque certaines catégories de la population ont été méthodologiquement écartées.

MEILLEUR INDICATEUR DE SANTÉ. Malgré les réserves qui précèdent, il est cependant largement reconnu que l'évaluation subjective de la santé est un des meilleurs indicateurs de santé existant. En effet, il reflète assez bien l'impact des plaintes et des maladies dont souffre la personne interrogée. Il est aussi étroitement lié à la morbidité, à la mortalité, aux limitations fonctionnelles et à la consommation de soins.

SANTÉ GLOBALE. Le fait de faire appel à la réaction émotionnelle plutôt qu'à une analyse cognitive systématique fait intervenir des éléments en rapport avec la qualité de vie. La santé subjective synthétise donc différents aspects de la santé fonctionnelle et mentale et une certaine appréciation sociale.

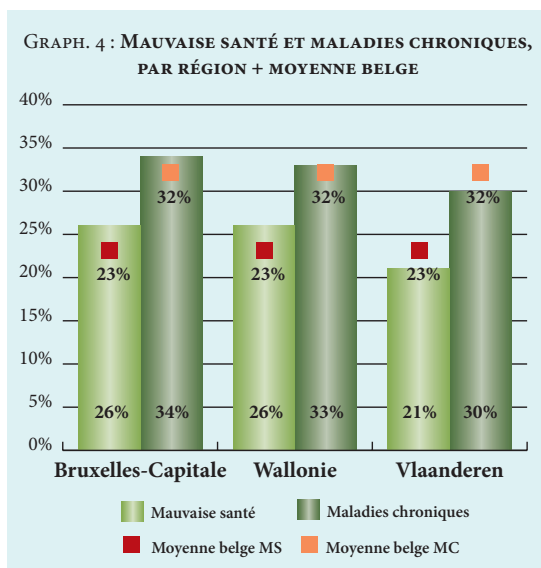
Impact des maladies chroniques sur la santé

Responsables, selon l'OMS, de 63% des décès, les maladies chroniques (maladies persistant dans le temps ; en général plus de six mois) sont la toute première cause de mortalité dans le monde.

Parce qu'elles ont un impact non négligeable sur la perception de la santé, sur la qualité de la vie quotidienne ainsi que sur la consommation de soins, les maladies chroniques sont un autre indicateur intéressant de l'état et des problèmes de santé de la population belge.

Pour disposer d'informations sur leur prévalence et pouvoir ainsi estimer leur impact, tant sur l'autonomie des individus que sur la consommation de soins, l'Enquête de santé a demandé aux personnes interrogées si elles étaient atteintes d'une ou de plusieurs affections de longue durée (voir encadré p.5). Elle s'est également intéressée aux limitations que ces maladies engendrent dans la vie quotidienne.

Même si un léger biais peut exister car les données sont rapportées à nouveau par les personnes elles-mêmes et non par des professionnels de la santé,



MALADIES CHRONIQUES. *L'Enquête de santé par interview* a établi une longue liste de maladies chroniques et d'affections de longues durées qui peuvent être classées dans différentes catégories : les cancers, le diabète, la maladie de Parkinson, les allergies, les affections respiratoires chroniques, les maladies et les accidents cardio-vasculaires et cérébro-vasculaires (infarctus, AVC, hypertension...), les maladies des systèmes digestif et urinaire (cirrhose, ulcère, maladies rénales ou de la prostate...), les problèmes de santé mentale, les affections au niveau des articulations, de la colonne vertébrale, les séquelles permanentes d'accidents, les affections des os, des yeux...

l'enquête reste la source principale d'informations sur les prévalences des principales maladies chroniques.

Si on prend, comme pour la santé subjective, la population de 15 ans et plus², 32% des personnes vivant en Belgique déclarent souffrir d'au moins une maladie chronique, une affection de longue durée ou un handicap.

Selon ces données, il y a davantage de personnes déclarant une maladie chronique que de personnes se plaignant d'avoir une mauvaise santé. Ce qui voudrait dire que certaines personnes souffrent d'une maladie chronique, mais n'en ressentent pas d'incidence sur leur état de santé général.

RÉGIONALISME ET URBANISATION

La part des personnes souffrant d'une ou plusieurs maladies chroniques s'élève à 33% en Wallonie et à 34% à Bruxelles où le facteur urbain semble jouer négativement, comme dans les autres grandes villes du pays. Les résultats ont toujours été moins bons en Wallonie qu'en Flandre. Cependant, il faut remarquer que les disparités entre les deux régions tendent à s'amenuiser au fil des années.

En prenant Bruxelles comme région, c'est incontestable qu'on y recense plus de maladies chroniques que dans les deux autres régions. Mais par contre, si on compare les résultats bruxellois avec ceux des autres grandes villes comme Gent, Antwerpen, Liège ou Charleroi, les différences s'amenuisent. L'asthme et les maladies pulmonaires sont plus fréquents en zones urbaines qu'en zones rurales.

Des facteurs environnementaux sont peut-être ici à prendre en compte.

ÂGES. La prévalence de maladies chroniques de longue durée est, évidemment, fortement liée à l'âge des individus : si 12% des 15-24 ans rapportent avoir un handicap ou une maladie chronique, ils sont presque 60% à en souffrir au-delà de 75 ans.

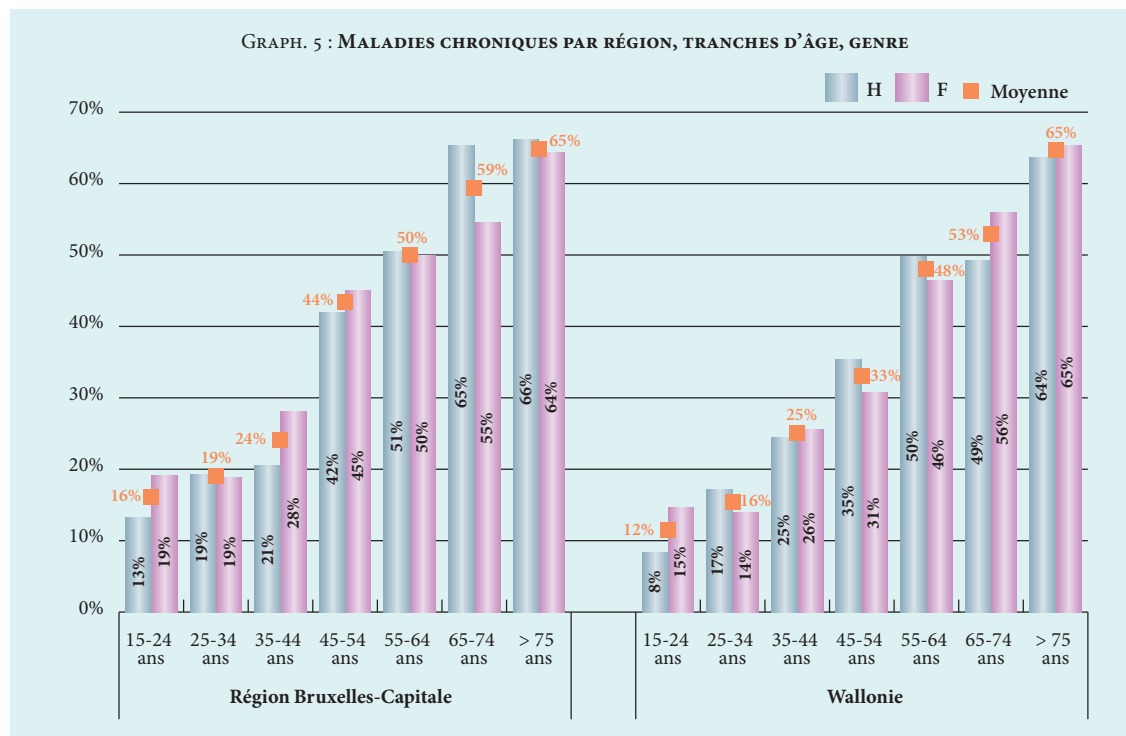
Il est cependant étonnant de constater que déjà 9% des moins de 15 ans sont touchés par une ou plusieurs maladies chroniques.

L'EFFET DE GENRE SE MARQUE ICI AUSSI. Comme pour la santé subjective, que ce soit à Bruxelles ou en Wallonie, davantage de femmes que d'hommes semblent rapporter avoir une maladie chronique. Pour les 15 ans et plus, à Bruxelles, on y dénombre 36% de femmes pour 33% d'hommes et en Wallonie 34% pour 32%.

Les prévalences sont plus élevées chez les femmes pour 17 des 35 maladies chroniques rapportées dans l'étude. Les maladies présentes chez plus de 10% de femmes sont : les affections du bas du dos, l'arthrose, l'hypertension, les allergies, les problèmes du cou et les migraines. Remarquons également des maladies spécifiquement féminines comme l'ostéoporose et d'incontinence urinaire chez les plus âgées.

Les maladies présentes chez plus de 10% des hommes sont : les affections du bas du dos, les allergies et l'hypertension. L'arthrose, les affections de la nuque et du cou ainsi que les séquelles d'un accident sont présentes chez plus de 5% des hommes.

(2) Au sein des ménages qu'elle a sélectionnés, *l'Enquête de santé par interview*, recueille généralement ses données au moyen d'interviews orales. Tous les membres de la famille sont concernés. C'est le cas pour les maladies chroniques. Pour la santé subjective par contre, l'interview se fait au moyen d'un questionnaire écrit et ne concerne que les individus qui ont plus de 15 ans et qui peuvent répondre eux-mêmes au questionnaire. Dans un souci de comparaison, les chiffres que nous présentons ici dans le contexte des maladies chroniques ne se rapportent donc qu'aux 15 ans et plus.



ÉVOLUTION ?

Le nombre de personnes souffrant d'une affection chronique est resté relativement constant depuis les premières enquêtes jusqu'en 2004. Cependant, il faut noter une légère augmentation de 3% (taux brut) entre 2004 et 2008. Cette augmentation n'est pas uniquement imputable au vieillissement de la population.

Pour un certain nombre de ces affections, la hausse est progressive entre 1997 et 2008 : c'est le cas de

l'hypertension artérielle, du diabète, de l'arthrose, des troubles thyroïdiens, de la cataracte, du cancer et de l'ostéoporose. La progression de ces affections peut être expliquée en partie - mais pas entièrement - par le vieillissement de la population.

En Belgique, les soins de santé représentent actuellement 11% du PIB, ce qui est plus élevé que la moyenne européenne ; 70% de ces coûts sont destinés aux maladies chroniques. On comprend combien la connaissance de ces maladies ainsi que leur prévalence et leur expression au sein

de la population peuvent être importantes pour orienter les politiques de santé futures. Selon des prévisions européennes³, les dépenses de santé pourraient doubler dans l'Union, en raison du coût de la gestion des maladies chroniques, pour atteindre 16% de son PIB d'ici 2020. Il y a fort à parier que ce sera aussi le cas en Belgique.

LIMITATIONS DUES AUX MALADIES CHRONIQUES

Les maladies chroniques de longue durée peuvent, chez les personnes qui en sont atteintes, avoir des conséquences sur leur vie quotidienne et leurs capacités fonctionnelles. 17% de la population belge est limitée dans ses activités suite à une maladie de longue durée.

LES FEMMES. La prévalence de ces limitations serait plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Elles sont 19% dans cette situation en Wallonie et 20% à Bruxelles contre respectivement 16 et 17% des hommes. Ces limitations sont sévères, c'est-à-dire jusqu'à imposer de garder souvent le lit) chez 4% des femmes et 3% des hommes en Wallonie. Et la proportion est deux fois plus importante dans la capitale : on y recense 8% de femmes gravement limitées dans leurs activités quotidiennes et 6% d'hommes.

ÂGES. La fréquence des restrictions dans les activités quotidiennes suite à une maladie de longue durée est aussi fortement influencée par l'âge. Faible chez les jeunes (- de 3% à Bruxelles et - de 2% en Wallonie), elle augmente surtout à partir de la tranche d'âge 55-64 ans. Ainsi en Wallonie, 42% des 75 ans et + se disent moyennement ou sévère-

(3) Conférence ministérielle sur les « Approches novatrices pour les maladies chroniques au niveau de la santé publique et des systèmes de soins de santé », durant la Présidence belge du Conseil de l'Union européenne.



(4) Pour rappel, les données relatives à la santé subjective dans l'ESI ne portent pas sur les jeunes de moins de 15 ans.

(5) *Santé et bien-être des jeunes* (voir Références) est la partie belge francophone de l'étude internationale « Health Behaviour in School-aged Children » patronnée par le Bureau européen de l'Organisation mondiale de la Santé. Elle porte sur les jeunes de la 5^e primaire à la 6^e secondaire.

(6) Dans l'étude HBSC, l'indicateur socio-économique est le niveau d'aisance matérielle mesuré par un score intégrant 3 variables : le fait de posséder une voiture (pas de voiture, 1, 2 ou plus), le nombre de fois où la famille est partie en vacances et le nombre d'ordinateurs dans la maison.

ment limités en raison d'une (ou plusieurs) maladies de longues durées. A Bruxelles, ils sont 37%.

Le vieillissement progressif de la population va vraisemblablement entraîner une augmentation du nombre de personnes avec des limitations et, dès lors, une augmentation des besoins en assistance et en soutien.

La santé des jeunes

Bien évidemment, les plus jeunes (c'est-à-dire les 15-24 ans⁴) sont ceux qui sont les plus nombreux à se percevoir en bonne santé. En Wallonie, ce pourcentage a évolué favorablement de 89% en 1997 à 94% en 2008. Par contre, à Bruxelles, la perception de l'état de santé des jeunes aurait diminué de 2,5% entre 1997 et 2008 pour arriver à 85%.

SANTÉ SUBJECTIVE

Chez les jeunes également, la perception subjective de la santé est différente selon le sexe. Avec 8%, il y a en Wallonie deux fois plus de jeunes filles que de garçons qui se déclarent en mauvaise santé ; à Bruxelles, elles sont 18% pour 12% de garçons.

MALADIES CHRONIQUES

En Wallonie, 11% des 15-24 ans disent en souffrir pour 16% à Bruxelles. Pour cet indicateur, les filles sont également plus nombreuses que les garçons : 19% d'entre elles ont des maladies chroniques à Bruxelles contre 13% de garçons et 15% contre 8% en Wallonie.

Les maladies chroniques étant relevées dans l'Enquête de santé par interview pour les moins de 15 ans, nous constatons que déjà 13% des jeunes bruxellois de moins de 15 ans et 8% des jeunes wallons sont concernés par une ou plusieurs maladie(s) chronique(s).

SANTÉ, JEUNES ET MILIEU SOCIO-ÉDUCATIF

De façon générale, comme pour les adultes (voir infra), les jeunes de 15 à 24 ans issus de milieux socio-éducatifs défavorisés ont une moins bonne perception de leur santé que ceux qui proviennent de familles où l'un des membres au moins a fait des études supérieures. Cependant, il s'agit ici de tendances car l'échantillon est d'un point de vue statistique trop restreint que pour en tirer des conclusions significatives.

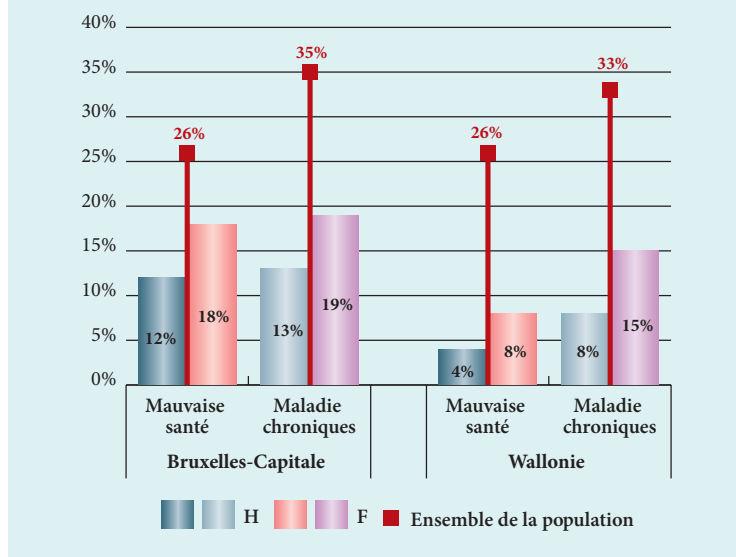
Cette tendance montre qu'à peu près un quart des jeunes bruxellois se dit en mauvaise santé parmi les classes sociales les plus défavorisées, contre environ 15% dans les milieux plus aisés.

En Wallonie, la différence de perception de la santé entre jeunes de milieux socio-éducatifs différents se marque surtout entre ceux qui proviennent de familles n'ayant que le diplôme du secondaire inférieur, où un peu plus de 15% se disent en mauvaise santé, et ceux de familles où le diplôme

du secondaire supérieur est le plus haut titre obtenu : environ 2% de ces derniers ont une mauvaise perception de leur santé.

Le lien entre santé subjective et milieu socio-économique a été également mis en avant en 2008 dans la partie belge francophone de l'étude internationale HBSC patronnée par l'OMS⁵ : *Santé et bien-être des jeunes*. Selon cette étude, les jeunes en âge scolaire issus de milieux économiquement faibles⁶ sont, en moyenne, 5% de plus à se déclarer en mauvaise santé que ceux issus d'un milieu élevé. L'étude rapporte également que les jeunes vivant en famille recomposée ou monoparentale sont plus nombreux que les autres à donner une

GRAPH. 6 : JEUNES DE 15 - 24 ANS : MAUVAISE SANTÉ ET MALADIES CHRONIQUES PAR RÉGION, PAR GENRE / ENSEMBLE DE LA POPULATION



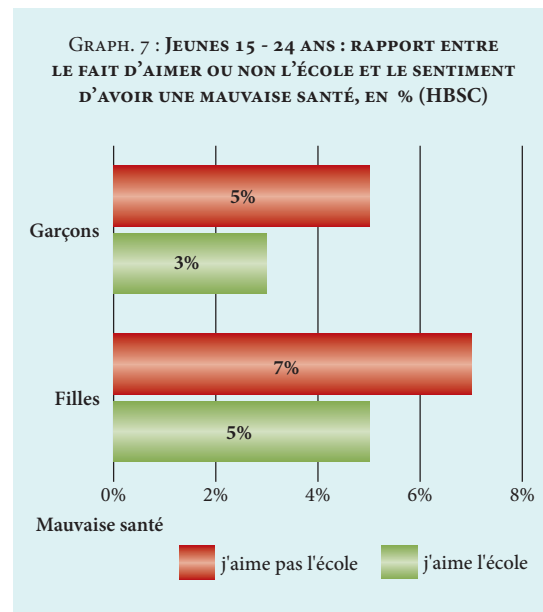
appréciation négative de leur santé. De même, il y a deux fois plus de jeunes évaluant négativement leur santé dans les filières scolaires professionnelles que dans le général.

Ces observations confirment l'influence de facteurs externes et notamment des facteurs socio-économiques sur la santé des jeunes. Ces facteurs ont un impact sur les individus tout au long du cycle de vie et sont très prégnants dès l'école. Le Faits&Gestes 37⁷, a mis en avant qu'un statut socio-économique défavorable dans l'enfance restreint l'accès à l'éducation (via le choix des filières, la poursuite ou non des études dans le supérieur...), pénalise ensuite le jeune pour l'entrée sur le marché du travail à l'âge adulte et donc influence aussi la santé immédiate et future.

SANTÉ ET INSATISFACTION SCOLAIRE

Réinterprétant sous d'autres angles, les résultats de l'étude *Santé et bien-être des jeunes*, le SIPES⁸ relève que la satisfaction scolaire apparaît comme un important déterminant de la santé et du bien-être des jeunes.

En effet, parmi les jeunes qui jugent négativement leur santé, une majorité n'aime pas l'école. L'insatisfaction scolaire, générée par le stress d'obtenir de bons résultats, des règles mal supportées, des relations difficiles avec le corps professoral ou les condisciples, une méthodologie peu appropriée, l'ennui... est donc un élément à prendre en considération dans les facteurs qui influencent la perception de la santé. Se préoccuper du bien-être des jeunes à l'école, comprendre les motifs



du désintéressement ou de l'inadaptation, serait un moyen de faire de la prévention des comportements à risques ou de la promotion des attitudes saines et d'agir en amont sur des problèmes de santé potentiels.

Santé et inégalités sociales

Les inégalités sociales de santé sont connues depuis des années. De nombreuses études ont mis en avant le fait que les personnes les plus instruites, les travailleurs les plus qualifiés, les ménages les plus aisés financièrement jouissent d'une meilleure santé. *L'Enquête de santé par interview* corrobore-t-elle ce constat ?

LA SANTÉ SUBJECTIVE

Pour rappel, 26% des Wallons et 26% des Bruxellois estiment avoir une mauvaise santé. Mais d'importantes variations apparaissent dès lors que l'on tient compte du milieu socio-éducatif dont sont issus les répondants. Ainsi, en Wallonie, 13% des personnes venant de milieux socio-éducatifs élevés se disent en mauvaise santé contre 50% des personnes issues de familles peu scolarisées. À Bruxelles, l'écart est moins grand avec 19% venant de familles plus favorisées contre 46% de milieux moins favorisés.

En Belgique, le risque est 2,7 fois plus élevé d'avoir une mauvaise santé chez les familles avec un niveau d'éducation faible par rapport à celles avec des diplômés du supérieur.

GENRE ET NIVEAUX SOCIO-ÉDUCATIFS. Ces inégalités sociales s'accroissent nettement si l'on est une femme. Dans les familles avec un niveau éducatif plus élevé, il n'y a pas de différences notables entre les hommes et les femmes, alors que dans les familles pas ou peu diplômées, une différence en défaveur des femmes se marque nettement. Ainsi, dans ce type de familles, en Wallonie, 63% des femmes se disent en mauvaise santé contre 32% des hommes.

À Bruxelles, chez les moins diplômés, les femmes sont aussi nettement plus nombreuses que les hommes.

Pour la santé subjective, il existe donc un véritable gradient social selon lequel il y a davantage de per-

(7) *Les jeunes : des études aux premiers emplois*, Faits & Gestes n°37, été 2011.

(8) Voir Références

MÉTHODOLOGIE. L'Enquête de santé par interview, a choisi le niveau d'éducation (le diplôme le plus élevé dans la famille) comme indicateur du statut socio-économique. En effet, le niveau d'instruction a une influence sur la profession et sur le revenu. Ceux-ci, notamment, donnent accès aux ressources matérielles qui permettent de mieux se nourrir, de mieux se soigner, de se loger dans de meilleures conditions... L'éducation développe aussi les capacités cognitives qui vont permettre aux individus d'accéder aux informations, de mieux exercer un contrôle sur leur vie et de solutionner les problèmes lorsqu'ils se présentent. La connaissance acquise dans le cadre de l'éducation amène les gens, par exemple, à être plus réceptifs aux informations dans le domaine de la santé.

Pour l'enquête, le profil socio-économique de chaque personne interrogée a été déterminé par le niveau d'éducation le plus élevé d'au moins une des personnes composant le ménage auquel elle appartient. Pareil choix élimine le problème des jeunes qui n'ont pas encore atteint leur niveau de formation définitif et celui des personnes âgées où des inégalités existent entre hommes et femmes parce qu'autrefois l'accès aux études supérieures était culturellement moins fréquent chez les femmes.

Quatre catégories ont ainsi été distinguées :

- pas de diplôme ou diplôme de l'enseignement primaire ;
- diplôme de l'enseignement secondaire inférieur ;
- diplôme de l'enseignement secondaire supérieur ;
- diplôme de l'enseignement supérieur.

sonnes se plaignant d'une mauvaise santé parmi celles qui ont un faible niveau d'instruction par rapport à celles qui ont un niveau d'instruction élevé.

LES MALADIES CHRONIQUES

Comme on peut s'y attendre, les constatations d'inégalités socio-éducatives émises pour la santé subjective se confirment également pour les maladies chroniques.

Pour rappel, en Belgique, 32% de la population dit souffrir d'une maladie chronique. Ce pourcentage monte à 43% parmi les personnes issues de familles

peu scolarisées alors qu'il n'est que de 20% parmi les plus scolarisées. Au niveau des régions, l'écart est, comme pour la santé subjective, plus grand en Wallonie avec 49% chez les sans diplômes contre 20% chez les plus instruits qu'à Bruxelles avec 48% chez les premiers contre 24% chez les seconds.

C'est le cas en particulier pour 17¹⁰ des 35 affections chroniques pour lesquelles l'augmentation du risque de maladie, à mesure que le niveau d'instruction diminue, est particulièrement significative.

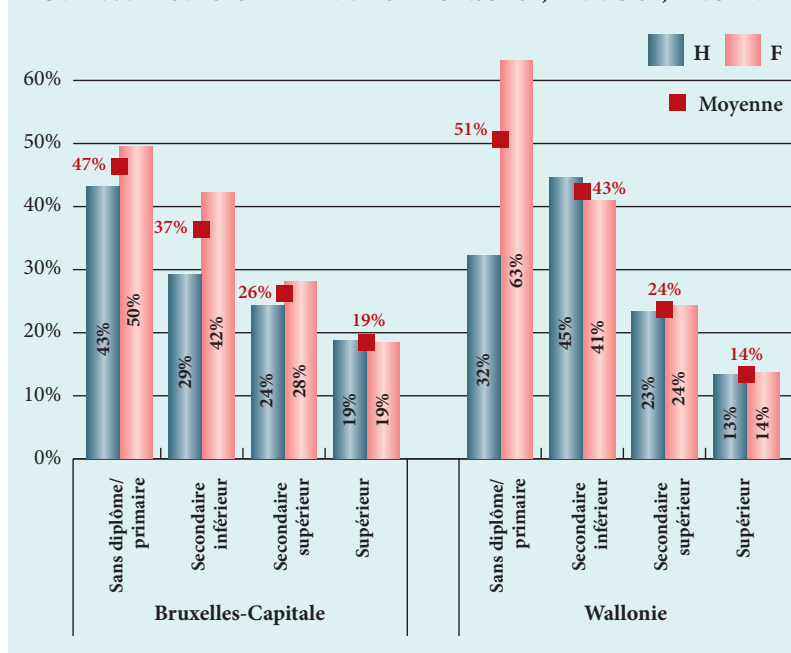
DIFFÉRENCES ENTRE LES SEXES. Il faut constater que la grandeur de l'écart entre les hommes et les

femmes souffrant de maladies chroniques est également plus importante dans les milieux moins instruits, mais dans une moindre mesure que pour la mauvaise santé subjective. Cet écart tend à diminuer avec l'instruction, jusqu'à l'inversion même de la tendance pour les plus éduqués en Wallonie (Voir graph. 9).

INÉGALITÉS ET CERTAINES MALADIES CHRONIQUES

Parmi les maladies chroniques, l'hypertension artérielle, et surtout le diabète, connaissent depuis quelques années une augmentation significative en Belgique, mais cette augmentation est encore

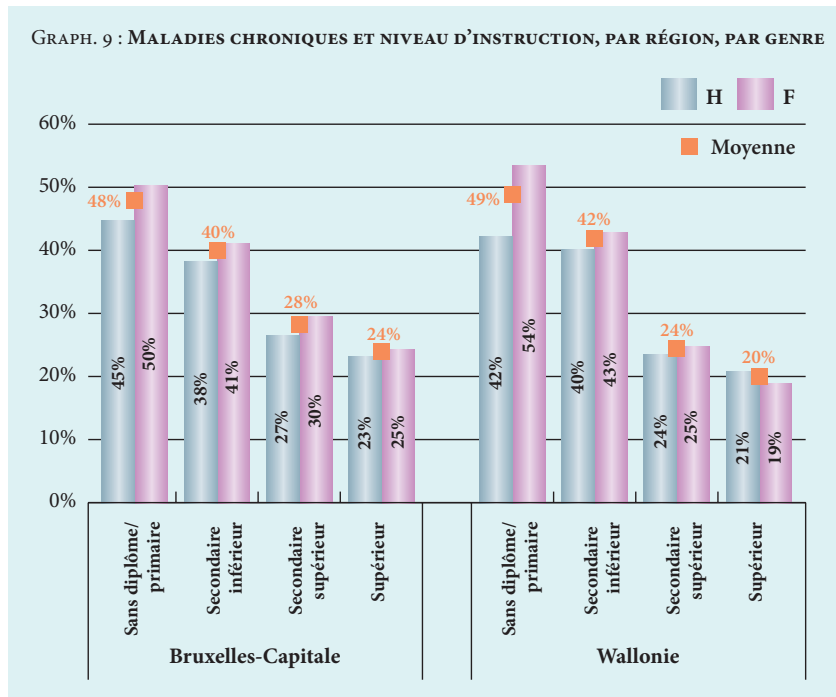
GRAPH. 8 : MAUVAISE SANTÉ ET NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR RÉGION, PAR GENRE⁹



(9) Les groupes de l'échantillon étant relativement faibles pour Bruxelles, les chiffres du graphique doivent être pris comme des tendances.

(10) Notamment le diabète, l'infarctus du myocarde, l'ulcère à l'estomac, les affections pulmonaires chroniques, l'hypertension...

GRAPH. 9 : MALADIES CHRONIQUES ET NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR RÉGION, PAR GENRE



beaucoup plus importante dans les classes sociales défavorisées. Les risques liés à ces maladies sont à prendre particulièrement en compte d'un point de vue de santé publique.

L'HYPERTENSION est un facteur de risque important pour les maladies cardio-vasculaires et l'une des principales causes de décès prématurés. Au niveau belge, le nombre de personnes atteintes est passé de plus de 9% en 97 à près de 13% en 2008 (soit 2/5 de cas en plus). 14% de la population en Wallonie, et 11% à Bruxelles en souffrent. Le facteur « âge » est un déterminant important : parmi les 65-74 ans, 39% de la population déclarent cette pathologie en Wallonie, et 37% à Bruxelles.

LE DIABÈTE est une autre affection qui a nettement augmenté depuis 1997 en passant de presque 2,3% à 3,4%, soit près de 45% d'augmentation. L'obésité, une diminution de l'activité physique, les changements d'habitudes alimentaires ainsi que le vieillissement de la population sont en grande partie la cause de cette augmentation de la maladie et cela risque de se poursuivre dans les prochaines années. Dans plus de 90% des cas, il s'agit du diabète de type II¹¹.

C'est en Flandre que l'augmentation de la prévalence est la plus forte depuis 1997. En Wallonie, le diabète touche 3,5% de la population wallonne et ce pourcentage est plus ou moins stable depuis

1997. A Bruxelles, 4,5% déclarent avoir le diabète et c'est surtout à partir de 45 ans qu'il y a une explosion de la prévalence avec une moyenne de 11% de la population qui est touchée.

l'hypertension, puisque, tous âges confondus, 23% de la population wallonne et 24% de la population bruxelloise la moins instruite en souffrent. Bref, le risque de souffrir d'hypertension est 1,5 fois plus élevé chez les personnes ayant le taux d'éducation le plus bas par rapport à celles qui ont le taux d'éducation le plus élevé.

La fréquence de la maladie est 3 fois plus élevée chez les personnes avec un faible niveau d'instruction que chez celles qui ont fait des études supérieures. Ces différences sont aussi plus marquées chez les femmes que chez les hommes et, au fil des années, il semble que le gradient social s'aggrave davantage dans cette population féminine précarisée. Il s'agit là, avec l'obésité, d'une des inégalités sociales les plus importantes observées.

LIMITATIONS DUES AUX MALADIES CHRONIQUES

Les inégalités sociales en ce qui concerne les limitations dues à une maladie de longue durée sont frappantes : 38% des Wallons sans diplôme en sont victimes et pour 12% d'entre eux dans des proportions importantes alors que seulement 9% (1% pour les cas sévères) des répondants wallons diplômés du supérieur en déclarent. Le constat est similaire à Bruxelles : si 36% des Bruxellois vivant dans le milieu socio-éducatif le plus bas sont limités dans leurs activités quotidiennes à cause d'une maladie chronique, et 18% sévèrement, ils ne sont plus que 12%, et 4% sévèrement, dans la classe sociale la plus élevée.

Les limitations de longue durée, comme conséquences d'une maladie chronique ou d'un handicap fragilisent donc davantage les milieux socio-éducatifs défavorisés.

(11) Le diabète de type I est provoqué par une destruction auto-immune du pancréas qui ne produit plus d'insuline. Survenant la plupart du temps chez les personnes jeunes, ce type de diabète nécessite des injections d'insuline et est plutôt de type génétique. Le diabète de type II représente plus de 90% des cas et apparaît plus tard dans la vie. Principalement dû à un état de résistance à l'insuline, il est souvent associé à un surpoids et aux conditions d'alimentation.

L'ESPÉRANCE DE VIE ET LES INÉGALITÉS SOCIALES

Pour compléter ce chapitre sur les inégalités sociales de santé, nous avons trouvé intéressant de reprendre quelques données de la recherche « *Tackling Health Inequalities in Belgium*¹² » qui constate que si la santé et l'espérance de vie¹³ des Belges progressent en moyenne grâce à l'amélioration des conditions de vie et des soins de santé, cette progression n'est pas égalitaire.

Il apparaît en effet, que plus on est diplômé, plus l'espérance de vie est grande. Les chercheurs ont en outre constaté qu'entre 1991 et 2001, l'espérance de vie à 25 ans avait globalement augmenté mais que cette augmentation variait fortement selon le niveau socio-éducatif.

L'ESPÉRANCE DE VIE (EV). En 2001¹⁴, en Belgique, un homme de 25 ans pouvait espérer vivre encore pendant 55 ans soit jusqu'à l'âge de 80 ans, s'il avait fait des études supérieures, mais seulement pendant 47 ans et demi, soit jusqu'à 72 ans et demi, s'il était non diplômé. Cela représente, en dix ans, un progrès de 2.5 ans dans le premier cas et un statu quo dans le deuxième cas.

Autrement dit, une instruction plus élevée signifie non seulement une espérance de vie plus longue, mais aussi une augmentation plus rapide de l'espérance de vie comparée aux personnes qui ont un niveau d'instruction moins élevé.

L'ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ. Comme son nom l'indique, cet indicateur projette le

TAUX DE MORTALITÉ = le nombre de décès pendant une période donnée (en général une année) divisé par le nombre d'habitants d'un territoire donné.

TAUX DE MORBIDITÉ = le rapport mesurant l'incidence (c'est-à-dire les nouveaux cas) et la prévalence (la somme de tous les cas) d'un certaine maladie au cours d'une période envisagée (en général une année).

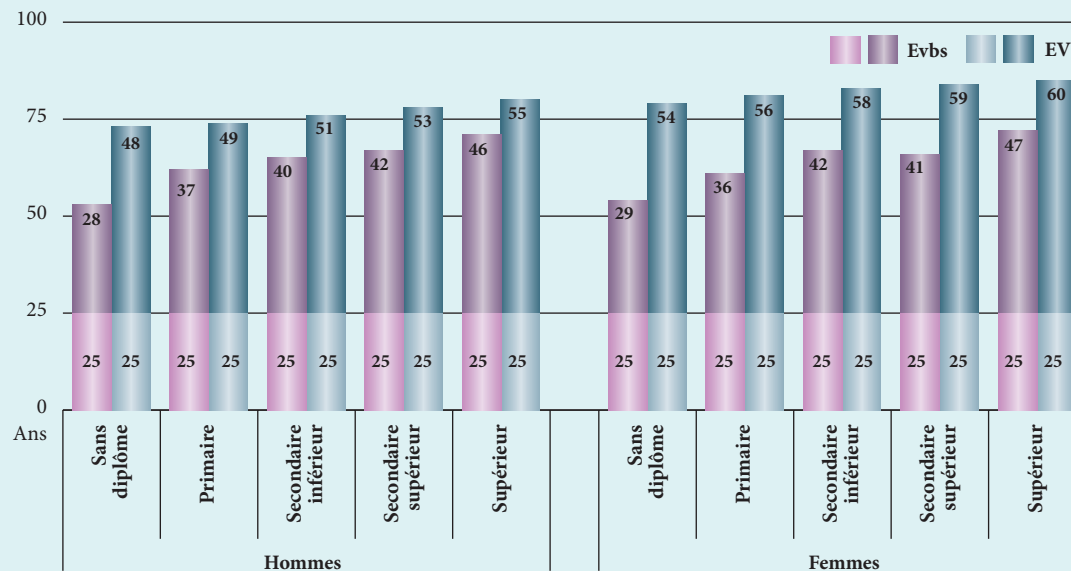
nombre d'années d'espérance à vivre en bonne santé dans des conditions de mortalité-morbidité à un moment donné.

Dans l'enquête TAHIB, en 2004, en Belgique, un homme de 25 ans peut encore espérer vivre en bonne santé pendant 46 ans (47 pour une femme), soit jusqu'à l'âge de 71 ans s'il a fait des études supérieures. Par contre, s'il n'est pas diplômé, il ne peut espérer vivre en bonne santé que pendant 28 ans (29 ans pour les femmes), soit jusqu'à 53 ans. Cela fait une différence de 18 ans.

Par rapport à 1997, l'espérance de vie en bonne santé a progressé chez les hommes diplômés du supérieur de 2 ans et 8 mois et d'un an et 3 mois pour un homme sans diplôme. Chez les femmes, elle a augmenté chez les plus instruites de 2 ans et 5 mois et a régressé de 4 ans et 5 mois dans les groupes de non diplômées.

L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé suivent donc le gradient socio-économique et confirment les constatations faites précédemment : il semble bien que l'état de bonne santé ainsi que l'espérance de vie soient liées à la catégorie sociale.

GRAPH. 10 : ESPÉRANCE DE VIE EN BONNE SANTÉ, 2004 (EVBS) ET ESPÉRANCE DE VIE, 2001 (EV) À 25 ANS, SELON LE GENRE ET LE GRADIENT SOCIO-ÉCONOMIQUE



(12) Recherche menée par : l'Institut scientifique de Santé publique (ISP), la Vrije Universiteit Brussel (VUB) et l'Université catholique de Louvain (UCL). Il s'agissait de compléter, approfondir et affiner les résultats mis précédemment en avant par le groupe de travail « Inégalités en santé » de la Fondation Roi Baudouin.

(13) L'espérance de vie permet de quantifier les conditions de mortalité une année donnée, en un lieu géographique donné : l'espérance de vie à la naissance est égale à la durée de vie moyenne d'une population fictive qui vivrait toute son existence dans les conditions de mortalité de l'année considérée. Par exemple, si l'espérance de vie des hommes nés en 2000 est de 75 ans, alors, ils vivront en moyenne 75 ans seulement si les conditions de mortalité qu'ils vont rencontrer tout au long de leur vie vont correspondre à celles de l'année 2000. Donc, si les progrès continuent, les hommes nés en 2000 devraient vivre en moyenne plus de 75 ans. Mais il est possible aussi que les conditions se dégradent dans le futur.

(14) 2001 est la date du dernier recensement officiellement effectué en Belgique, source qu'utilise l'étude TAHIB pour divers recoupements.

Périodique trimestriel

ISSN : 1376 - 697X

PUBLICATION

Service de la Recherche du Secrétariat général

Fédération Wallonie-Bruxelles

44, boulevard Léopold II à 1080 Bruxelles

REDACTION

Directeur de la publication : Jean-Claude TORFS

Rédactrice en chef : Christine HOUDART

Rédactrice : Colette PIERARD

ABONNEMENTS ET COMMANDES

Service de la Recherche

Tél. : +32 2 413 36 42

Fax : +32 2 413 35 63

Courriel : faits.gestes@cfwb.be

Tél. vert gratuit : 0800 20 000 - telvert@cfwb.be

SITE INTERNET ET ABONNEMENT ELECTRONIQUE

www.faitsetgestes.cfwb.be

Membre de l'ARSC (Association des revues scientifiques et culturelles)

Tirage : 4.500 ex.

Graphisme : polygraph.be

Imprimerie : Imprimerie Impresor - Pauwels

Éditeur responsable : Frédéric Delcor, Secrétaire général

MÉTHODOLOGIE

L'Enquête de santé par interview (ESI) réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) a récolté en 2008, pour partie oralement et pour partie par écrit, des données concernant 11.254 personnes, soit 6.000 ménages, répartis dans les trois régions du pays. Les données relatives à la santé subjective sont récoltées pour les personnes de 15 ans et plus pouvant répondre elles-mêmes aux questions sans l'intervention d'un tiers (soit 7.656 individus) ; celles concernant les maladies chroniques et les limitations dans les activités concernent l'ensemble de la population. Les données sont pondérées et donc représentatives de l'ensemble de la population et si nécessaire, sont standardisées, notamment pour des comparaisons plus fiables d'une année à l'autre.

Nous avons réalisé un focus sur la santé des jeunes en incluant quelques considérations mises en avant dans les analyses des résultats de l'enquête HBSC, *La Santé et le bien être des jeunes*.

RÉFÉRENCES

- TAFFOREAU J. ET AL., *Enquête de santé par interview, Belgique 2008*, ISP, Bruxelles, 2010 (www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/CROSPFR/HISFR/TABLE08.HTM)
- *La réduction des inégalités sociales de santé. Un défi pour la promotion de la santé*, Conseil supérieur de la Promotion de la Santé, Bruxelles, 2011. (www.sante.cfwb.be/fileadmin/sites/dgs/upload/dgs_super_editor/dgs_editor/documents/Publications/Promotion_de_la_sante_-_prevention/CSPSinegalites.pdf)
- VAN OYEN, H ET AL., *Les inégalités sociales de santé en Belgique*, SPP, Academia Press, Gent, 2010. www.academiapress.be/les-inegalites-sociales-de-sante-en-belgique.html
- GODIN I. ET AL., *La santé des jeunes en Communauté française de Belgique, Résultats de l'enquête HBSC 2006*, Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), ESP-ULB, Bruxelles, 2008. (www.ulb.ac.be/esp/sipes/docs/HBSC_sante_jeunes_2008.pdf)
- GODIN, I. ET AL., *J'aime pas l'école ! Une relecture des données de l'enquête « Santé et bien-être des jeunes en Communauté française »*, SIPES - ULB, Bruxelles, 2011. (www.ulb.ac.be/esp/sipes/docs/CS_Jaimepaslecole.pdf)

LIENS UTILES

- Institut de santé publique (ISP) : www.wiv-isp.be/epidemio/epifr/index4.htm
- La Direction générale de la Santé : www.sante.cfwb.be
- L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale : www.observatbru.be/documents/home.xml?lang=fr
- L'Observatoire wallon de la santé : <http://socialsante.wallonie.be/?q=sante/observatoire-wallon-de-la-sante>